

Les Epiploïtes après traumatismes fermés

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
Le lundi 20 avril 1942

PAR

HENRI LLORY

Né le 31 août 1912 à Baho (Pyrénées-Orientales)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. AIMES, prof., *président*
ETIENNE, professeur
ROUX, agrégé
COLL DE CARRERA, agrégé

Assesseurs

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3
MONTPELLIER

1942

LES EPIPLOITES APRES TRAUMATISMES FERMES

Les Epiploïtes après traumatismes fermés

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier
Le lundi 20 avril 1942

PAR

HENRI LLORY

Né le 31 août 1912 à Baho (Pyrénées-Orientales)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*Examineurs
de la Thèse*

MM. AIMES, prof., *président*
ETIENNE, professeur
ROUX, agrégé
COLL DE CARRERA, agrégé

Assesseurs

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, Rue Jardin-Martel, 3
MONTPELLIER

1942

PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Chaires:

Anatomie	MM.
Histologie	J. DELMAS.
Physiologie	TURCHINI.
Chimie biologique médicale et toxicologie	L. HEDON.
Physique médicale	CRISTOL.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	PECH.
Microbiologie	BAUMEL.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Thérapeutique et matière médicale	PAGES.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JANBON.
Hygiène	PUECH.
Médecine légale et médecine sociale	CARRIEU.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	VIDAL.
Clinique médicale	BOULET.
Clinique chirurgicale	RIMBAUD.
Clinique obstétricale	{ GIRAUD, Doyen.
Clinique des maladies mentales et nerveuses..	{ MASSABUAU, ass.
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	{ RICHE.
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	P. DELMAS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..	EUZIERE, doy. hon.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	BOUDET.
Clinique gynécologique	MARGAROT.
Clinique ophtalmologique	ETIENNE.
Clinique d'oto-rhino-laryngolog. et maxillo-faciale	JEANBRAU.
	LAPEYRE.
	DEJEAN.
	TERRACOL.

Charges de cours:

Anatomie (Ch. de c.).....	LAUX.
Radiologie (Ch. de c.)	LAMARQUE.
Histologie (Ch. de c.).....	GRANEL.
Propédeutique chirurgicale (Ch. de c.)	AIMES.

Professeurs honoraires

GALAVIEILLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELTT.
MM. TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES,

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Chimie MONNIER, agrégé.	Clinique de la
Microbiologie . . CARRERE, agrégé.	tuberculose . . VIDAL, professeur.
Hist. nat. méd. . HARANT, agrégé.	Pathologie chir.. MOURGUE.
Pharmacologie . . HARANT, agrégé.	— MOLINES, agr.
Pathologie méd. . BOUCOMONT, agr.	— TRUC, agrégé.
— BERT, agrégé.	Chir. expérim. . . GUIBAL, agrégé.
Propédeut. méd. . P. RIMBAUD, agr.	Médecine opér. . ROUX, agrégé.
Clin. des mal.	Accouchements . CADERAS
contagieuses. . . JANBON, profes.	— DE KERLEAU, agr
	Stomatologie . . FERRIER d ^r en méd.

Agrégés en exercice

MM.	MM.
Médecine P. RIMBAUD.	Chirurgie MOURGUE.
— BOUCOMONT.	— MOLINES.
— BERT.	— GUIBAL.
— LAFON, ch. d'agr.	— ROUX.
Chimie MONNIER.	Urologie TRUC.
Bactériologie . . CARRERE.	Accouchements . CADERAS
Hist. nat. méd. . HARANT.	— DE KERLEAU.

Examineurs de la thèse

MM. AIMES, prof., prés. | MM. Roux, agrégé
ETIENNE, prof. | COLL DE CARRERA, agr.



A MON PERE ET A MA MERE

*Bien faible témoignage de gratitude
et de profond amour.*

A MA FEMME

A LA MEMOIRE DE MON FILS CHRISTIAN

A MON FILS HERVE

A MA BELLE-MERE

A MON FRERE, MON BEAU-FRERE ET BELLE-SŒUR

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. AIMES

PROFESSEUR DE PROPÉDEUTIQUE CHIRURGICALE

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre vive reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RICHE

*Qui nous a fourni le sujet de cette
thèse. Avec l'expression de notre re-
connaissance et de profonde gratitude.*

A MON JURY DE THESE

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

L'origine de notre travail se trouve dans une observation que nous avons recueillie dans le service de notre Maître, Monsieur le Professeur RICHE.

Cette observation concerne un cas d'épiploïte post-traumatique diagnostiquée au cours d'une laparotomie exploratrice que nécessitait l'état du malade.

Alors que les épiploïtes aiguës ou chroniques et les épiploïtes post-opératoires sont bien connues et ont été décrites maintes fois dans la littérature, nos recherches bibliographiques ne nous ont permis de trouver que deux observations concernant les épiploïtes post-traumatiques. La première a été publiée en 1927 par GIRAUD, dans sa thèse inaugurale. Cette observation présente une analogie très marquée avec celle que nous rapportons, parce que dans les deux cas il s'agissait d'épiploïte traumatique pure, c'est-à-dire d'une épiploïte, à laquelle on ne pouvait attribuer comme cause déterminante qu'un traumatisme. Dans la seconde observation, publiée dans le *Lyon Médical* en 1933 par LABRY et ARNUF, il s'agissait également d'une épiploïte traumatique pure, mais compliquée d'une occlusion intestinale aiguë. C'est au cours de l'intervention d'urgence que nécessitait l'état du malade, que l'on a diagnostiqué l'épiploïte, responsable d'ailleurs de cet accident grave.

Nous allons essayer, en comparant notre cas aux deux cas déjà publiés, de donner une vue d'ensemble du tableau clinique, de l'évolution et du traitement de l'épiploïte post-traumatique.

Nous adopterons dans notre travail le plan suivant :

Dans des chapitres successifs nous esquisserons une étude très grossière de l'anatomie et de la physiologie de l'épiploon, étude qui nous permettra de fixer ultérieurement divers points de la pathogénie des épiploïtes post-traumatiques. Après avoir exposé quelques faits cliniques, nous résumerons en peu de mots l'étiologie, l'anatomie pathologique et la pathogénie. Nous insisterons un peu plus longuement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement de cette affection.

Dans les conclusions, nous nous bornerons à récapituler les faits cliniques importants, en soulignant tout particulièrement les difficultés du diagnostic clinique et les indications opératoires qu'offre l'épiploïte post-traumatique.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de Monsieur le Professeur RICHE)

M. Alphonse G..., âgé de 50 ans, visiteur S.N.C.F., entre dans le service du Professeur RICHE le 3 juin 1940 pour douleurs abdominales et ballonnement du ventre.

Histoire de la maladie. Le 10 décembre 1939, le malade fait une chute du haut de trois marches d'escalier sur la région abdominale. Il a glissé ensuite sur le côté droit. Sur le moment, perte de connaissance, puis le malade se lève et continue son travail. Il accusait cependant une douleur abdominale vive. Pas d'anurie ni hématurie, du moins à la connaissance du malade. Il a interrompu son travail pendant huit jours, mais la douleur persistait et l'abdomen augmentait progressivement de volume. Une radiographie a été pratiquée à ce moment. Vu que pendant les quatre mois qui suivent, son état reste stationnaire, son médecin lui conseille d'entrer dans un service de Médecine Générale. Le 1^{er} avril il entre dans le service de M. le Professeur RIBAUD, où on constate une douleur abdominale constante surtout dans l'hypochondre droit empêchant le malade de dormir. L'appétit et la digestion sont normaux, les selles sont irro-

gulières avec constipation. Très bon état général. Le malade prétend avoir maigri de sept kilos depuis son accident.

A l'examen: les appareils circulatoire et respiratoire sont normaux. On note une résistance diffuse de tout l'abdomen, sauf dans la fosse iliaque gauche. On n'arrive pas à déprimer la paroi abdominale, et, dans ces conditions, il est impossible de connaître l'état des organes sous-jacents. Pas de hernie.

Les fosses lombaires ne sont ni empâtées, ni douloureuses. Les mouvements du tronc sont normaux.

Urines normales. B.-W. négatif. Azotémie: 0 g. 35.

Antécédents: familiaux: père et mère décédés âgés. Famille de 13 enfants: 6 décédés, 3 frères et 3 sœurs en bonne santé. La femme et les deux enfants en bonne santé

Antécédents pathologiques: blessure superficielle par éclat d'obus.

On conseille au malade d'entrer dans un service de chirurgie, mais ce n'est que deux mois plus tard, le 6 juin 1940, que le malade se fait hospitaliser dans le service de M. le Professeur Riche.

A ce moment on constate:

A l'inspection: l'abdomen distendu; une circulation veineuse collatérale pas très accentuée.

La palpation montre une résistance à peu près uniforme qui semble due à une légère contracture des muscles droits et une légère distension des anses intestinales. Alors que le ventre est relativement souple et dépressible dans la région sous-ombilicale, au contraire dans la région ombilicale et épigastrique on a l'impression d'une résistance élastique, surtout marquée au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre

droit. La palpation à ce niveau est douloureuse. On pratique un examen radiologique du transit digestif.

Un examen radiologique est pratiqué le 11 juin 1940. L'estomac examiné à jeun se montre radiologiquement normal. Le cliché est pris dans le décubitus pour voir avec précision le cadre duodénal. Il est un peu élargi, mais toutefois on peut considérer qu'il n'est pas anormalement agrandi. Le cadre colique est normal.

Vu la persistance et la ténacité de la symptomatologie abdominale, on décide, malgré l'examen radiologique négatif, de pratiquer une laparotomie exploratrice.

L'intervention est pratiquée le 13 juin 1940 sous rachianesthésie à la scurocaïne.

Opération: Laparotomie médiane sus-ombélicale. Incision du péritoine: issue d'une masse qui présente un aspect granité et donne au toucher l'impression de grains de plomb. On pratique l'exploration de la région sus-mésocolique, et on ne trouve absolument rien d'anormal du côté du pancréas. On prolonge l'incision au-dessous de l'ombilic pour explorer le cæcum qui se trouve être parfaitement normal. Au cours de cette exploration, on constate l'existence, dans l'angle sous-hépatique, d'une péricolite intense, l'épiploon engainant le côlon à ce niveau. On décide de pratiquer une résection épiploïque. Pour opérer cette résection, on fait une incision perpendiculaire à la précédente, intéressant le grand droit dans la région épigastrique.

Suture par points sero-musculaires au catgut. Crins sur la peau.

Examen anatomo-pathologique (14 juin 1940). Les fragments d'épiploon envoyés au laboratoire ont l'aspect à peu près normal. Ils sont homogènes sans foyer inflammatoire.

et ne représentent qu'une congestion vasculaire très marquée. La structure histologique de la graisse épiploïque est normale. A signaler quelques petits foyers minimes à mononucléaires (lymphocytes et quelques histiocytes), indice d'un processus d'inflammation chronique très discret.

La congestion vasculaire est énorme. Les capillaires sont distendus par des hématies. Dans les artères, on note la présence d'assez nombreux polynucléaires et mononucléaires en margination, mais aucune réaction inflammatoire de l'endothélium ni de l'adventice.

Suites opératoires: le 16 juin: on note un ballonnement important de l'abdomen. Le malade scuffre. Léger suintement de la plaie opératoire.

Le 19 juin: craignant un hématome, on enlève un crin à la commissure inférieure. On est obligé de recoudre car la coaptation séro-musculaire est imparfaite.

Le 27 juin: le malade ressent des douleurs violentes de la partie postérieure de l'hémithorax droit. Crachats sanguinolants. A l'auscultation on constate l'existence d'un foyer de râles sous-crépitants. Le cœur est sourd, galop à la pointe. On institue un traitement par révulsions, ventouses, eucalyptine, tonicardiaques.

Le 5 juillet: on note des signes d'épanchement pleural droit de moyenne importance.

Le 16 juillet: amélioration considérable de l'état général et de l'état pulmonaire. Le malade commence à se lever et à s'alimenter.

Le 24 juillet: il persiste une obscurité respiratoire à la base droite, mais plus de signes fonctionnels. Un examen radiographique des poumons est demandé.

Le malade sort de l'hôpital le premier août: localement guérison. Plus de troubles digestifs, plus de douleurs abdominales. Il persiste simplement une pachypleurite droite.

OBSERVATION II

(Thèse GIRAUD, Montpellier 1927)

F. E...., 21 ans. Entre à l'hôpital le 21 janvier 1926, pour traumatisme abdominal (coup de pied).

Le lendemain de l'accident, la malade ressent des douleurs profondes et constantes dans la moitié gauche de l'abdomen, accompagnées de vomissements fréquents, irréguliers comme horaire, contenant des aliments mêlés à une faible quantité de sang noirâtre.

Les mictions sont pénibles et douloureuses. Urines normales. Pouls à 80. Température 37°-37° 4.

Antécédents: Règles régulières et normales. Accouchement normal il y a cinq semaines. Aucune maladie antérieure, bon état général.

Examen: Inspection: ventre ballonné, surtout dans sa moitié gauche.

Palpation: ventre souple, se laissant facilement déprimer; cependant, légère défense à gauche. Douleur provoquée à la pression du flanc gauche.

Signes fonctionnels: pas de selles spontanées depuis l'accident, quelques gaz. Les vomissements n'ont duré que deux jours, les derniers ne contenaient plus de sang.

En somme, signes qui traduisent une réaction péritonéale: on pense un moment à l'éventualité d'une intervention d'ur-

gence. Mais l'orage se calme, l'acuité des phénomènes s'atténue, les vomissements ont cessé, mais le transit intestinal ne se rétablit pas. La douleur, dans toute la moitié gauche de l'abdomen, a diminué en intensité et en surface; il persiste, sur une étendue de quatre doigts environ, à la hauteur de l'ombilic, dans le flanc, une douleur accusée à la pression et qui correspond à une zone de résistance de la paroi.

La malade continue à être glacée et devient l'objet d'une observation quotidienne. On constate à chaque nouvel examen la persistance du ballonnement abdominal et de la zone douloureuse. De plus, la malade geint, récrimine, se plaint de l'opiniâtreté de ses malaises. La température est presque normale, mais reste toujours au-dessus de 37°.

Pendant près d'un mois on poursuit l'observation, la présence du point douloureux, qui est signalé tous les jours avec la même précision rigoureuse, la persistance du ballonnement abdominal et la rareté des selles font décider l'intervention qui est acceptée volontiers par la malade.

Examen radiologique: l'examen radioscopique ne montre pas d'anomalie morphologique, ni fonctionnelle de l'estomac ni de l'intestin.

Intervention:

Anesthésie générale à l'éther.

Laparotomie latérale gauche. Constatation d'une bride allant de l'épiploon à la paroi, bride sans résistance d'ailleurs.

Rein, rate non volumineux, normaux. Estomac normal.

Étalement du grand épiploon qui, dans sa partie moyenne, présente des pinceaux membraneux. Congestion légère de la région.

Résection des trois quarts de l'épiploon.

Suturé en deux plans: catgut, crins.

Suites opératoires: absolument normales.

Examen anatomo-pathologique d'un fragment d'épiploon:
Forte congestion veineuse. Lobules graisseux agglutinés par un exsudat fibrino-cruorique en voie d'organisation. Epiploite fibro-adhésive de nature plus irritative qu'inflammatoire.

La malade quitte l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION III

(LAUBRY et ARNULF, *Lyon Médical* 1933)

Joseph F..., 28 ans, est entré le 5 novembre 1929 dans le service du D^r DESGOUTTES, à l'Antiquaille, pour contusion de l'hypocondre gauche. Le blessé avait en effet subi un traumatisme violent dans le flanc gauche par un wagonnet. Il est amené à l'hôpital sans connaissance.

A l'examen, on ne voit aucune plaie, ni signes de fracture, mais, dès que le malade sort du coma, on note un point douloureux violent au-dessus et à gauche de l'ombilic.

Une heure après, l'état général s'améliorant, pouls à 70, on juge l'intervention inutile.

Les jours suivants, la douleur abdominale persiste et s'accompagne d'irradiations lombaires.

La radiographie de la colonne dorso-lombaire est négative.

Le 23 novembre 1929, dix-huit jours après l'accident, le malade allant mieux rentre chez lui.

Mais un mois après, il revient à l'hôpital pour douleurs lombo-abdominales persistantes. Mis en observation et au repos, il est soulagé un peu, mais quitte l'hôpital le 3 janvier 1930, en continuant à souffrir.

Depuis son accident, il a toujours souffert plus ou moins dans la région abdominale. Il est très affirmatif à ce sujet.

Ces douleurs avaient le type de colique, allant de droite à gauche, dans la région ombilicale. Parfois violentes, elles ne se sont jamais accompagnées de vomissements.

Soigné par les alcalins, pour troubles gastriques, il n'a pas été soulagé. A deux reprises, il a présenté un syndrome aigu avec colique violente nécessitant le repos au lit.

C'est à la suite d'un accès plus violent, que le 17 janvier 1931, il est amené d'urgence à l'hôpital.

En effet, brusquement, à 17 heures, au cours de son travail, il ressent une violente douleur para-ombilicale, à maximum à gauche, sous les fausses côtes; pas de vomissements.

Le malade se présente dans un état de torpeur intense qui fait penser à une intoxication, mais l'examen abdominal révèle de la contracture et un point douloureux précis au-dessus de l'ombilic, à gauche. Il se plaint de coliques allant de droite à gauche.

La laparotomie exploratrice est décidée. On pense, mais avec réserve, à une perforation gastrique.

Intervention:

Laparotomie sus-ombilicale médiane sous anesthésie générale. Il n'y a pas d'ulcère perforé.

Par contre, on est frappé par l'aspect du méso-côlon transverse qui est très épaissi, rétracté, saignant au moindre contact.

L'épiploon forme une bride épaisse et serrée sur la partie médiane du côlon transverse.

Il s'agit d'une occlusion du côlon transverse par bride péritonéale. En effet, la partie droite du transverse est dilatée, violacée, alors que la partie gauche est d'aspect normal.

Section de la bride épiploïque.

Fermeture sans drainage.

A part un gros hématome de la paroi, les suites ont été bonnes. Le malade n'a plus souffert. Revu récemment, il est resté guéri.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE L'ÉPIPLOON

Anatomie

Le grand épiploon se trouve normalement au devant des organes abdominaux, anormalement dans les sacs herniaires, protégé seulement par des téguments. Il s'étend de la ligne horizontale passant par l'ombilic au pubis et aux arcades crurales, formant sur toute la largeur de l'abdomen un tablier, ou mieux un véritable rideau qui double la paroi abdominale.

L'épiploon constitue une large lame quadrilatère dont le bord supérieur est fixé au côlon transverse, les bords latéraux aux côlons ascendant et descendant, le bord inférieur flotte librement au-dessus du pubis et des arcades crurales. Il repose sur le coussinet élastique des anses intestinales.

L'épiploon est parcouru par des artères et des veines qui émanent des vaisseaux gastro-épiploïques. Autour de ces vaisseaux se déposent une graisse jaune, qui donne à cet organe un aspect particulier.

Au point de vue histologique, le grand épiploon est une membrane séreuse à deux feuillets, accolés ou séparés par une lame de tissu conjonctif lâche. Chaque feuillet com-

porte une assise des cellules épithéliales tournées vers la cavité de la séreuse et une trame de soutien comportant des cellules conjonctives, des fibres élastiques, des faisceaux conjonctifs sans orientation, des fibres collagènes isolées, éparses (tramules de Renaut) entre les faisceaux.

Physiologie

Le rôle capital du grand épiploon est un rôle de défense; c'est ce qui lui a valu les noms de « ganglion étalé » ou ceux plus imagés de « gardien du square péritonéal » de GUINARD, ou d'« *abdomenpoliceman* » des Anglais.

Il remplit ce rôle grâce à quatre propriétés: mobilité, pouvoir phagocytaire, pouvoir antitoxique, pouvoir plastique.

La mobilité, prouvée par de nombreux travaux, permet à l'épiploon de se jeter sur tout viscère menacé par une plaie, une infection, avec des mouvements si bien adaptés que CORNIL les qualifie « d'intelligents ».

La défense phagocytaire a été démontrée par des travaux de ROUX et MILIAN: la « glu épiploïque », disent-ils, saisit tous les corps étrangers ou bactériens tombés dans la cavité abdominale.

Par son rôle antitoxique, l'épiploon neutralise les produits toxiques d'une part par son exsudat, d'autre part en les emportant dans sa circulation vers le foie.

Le rôle plastique, le plus anciennement connu et le plus utilisé chirurgicalement, consiste dans cette propriété de l'épiploon de former des adhérences. On s'en sert pour achever une péritonisation imparfaite, compléter la paroi détruite d'un canal, tel qu'un canal biliaire.

CHAPITRE II

EPIPLOÏTE POST-TRAUMATIQUE

Etude clinique

Le grand épiploon peut être lésé par toutes les violences extérieures et même intérieures qui l'atteignent. En particulier dans les plaies pénétrantes de l'abdomen :

Les corps étrangers de l'abdomen,

Les opérations abdominales,

Les ptoses viscérales,

Les contusions abdominales.

Enfin, un groupe d'épiploïtes, bien individualisé, relève en partie du facteur traumatisme à savoir l'épiploïte herniaire.

Cette distinction permet d'établir, comme l'a fait Monsieur le Professeur AIMES, deux grandes divisions de traumatismes épiploïques: les lésions de l'épiploon par traumatismes ouverts et celles par traumatismes fermés.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen, les corps étrangers et les opérations abdominales constituent les traumatismes ouverts, l'épiploïte qui peut en résulter n'est qu'une complication de la plaie initiale.

Nous allons nous occuper exclusivement des épiploïtes

par traumatisme fermé, c'est-à-dire des épiploïtes adhésives produites à la suite des contusions abdominales observées chez des sujets sains antérieurement.

Étiologie

Comme toute affection d'origine traumatique, cette variété d'épiploïte est soumise aux causes prédisposantes banales, telles que professions exposées, pratique des sports, etc., etc...

La contusion abdominale peut varier dans sa modalité. Dans les cas que nous avons pu réunir, il s'agit tantôt d'un coup de pied au niveau de l'abdomen, tantôt d'un heurt contre un wagonnet, tantôt d'une chute d'une certaine hauteur.

Par conséquent, on trouvera l'origine de l'épiploïte traumatique dans une contusion abdominale d'une certaine violence.

Ajoutons que la manipulation du grand épiploon au cours des laparotomies, alors que l'asepsie opératoire est hors de doute pourra jouer le même rôle et créer ainsi un traumatisme direct.

Anatomie pathologique

Les constatations anatomo-pathologiques faites au cours de l'intervention d'une part, et après examen microscopique de l'autre, attirent l'attention sur les points suivants:

Aspect macroscopique:

1° Tous les organes abdominaux, soigneusement explorés et vérifiés paraissaient absolument sains; en particulier l'appendice ne présentait aucune trace d'inflammation récente ou ancienne.

2° La masse épiploïque était très volumineuse dans le cas que nous rapportons. Son aspect était granité et donnait au toucher l'impression des grains de plomb. Au niveau de l'angle sous-hépatique le colon présentait des lésions de péricolite intense, engainé par un épiploon en partie adhérent.

Dans le cas de Giraud, les lésions épiploïques et les adhérences étaient situées dans la moitié gauche de l'abdomen. Le bord libre de l'épiploon ne présentait aucune lésion.

La situation et l'aspect de ces manifestations, plaident en faveur de l'origine irritative des lésions, accusant par conséquent le traumatisme comme seul responsable de l'épiploïte.

Aspect microscopique :

Les résultats des examens histologiques de l'épiploon, dans l'observation que nous rapportons et dans celle publiée par Giraud, se montrent tout à fait superposables. Au cours de ces examens on constate :

1° Une congestion vasculaire très marquée; vasodilatation des veines.

2° La production d'une transsudation œdemateuse qui prédomine à la périphérie de l'épiploon. Le revêtement péritonéal de cellules endothéliales plates est à peu près conservé. En tout cas, il ne se produit ni hyperplasie, ni desquamation cellulaire. Le processus œdemateux est prédominant autour de certains petits vaisseaux. Dans les artères on note la présence d'assez nombreux polynucléaires et mononucléaires en margination, mais aucune réaction inflammatoire de l'endothélium ni de l'adventice. Nulle part,

on ne voit de filtration diapedétique vraie; les lésions sont du type congestif et irritatif.

Dans l'observation rapportée par LAUBRY et ARNULF, l'aspect caractéristique des lésions de l'épiploon, était plus ou moins voilé par les manifestations plus récentes et plus nettes dues à l'occlusion intestinale. Néanmoins on a pu se rendre compte de l'existence des brides au niveau de l'intestin étranglé. Ces brides étaient d'origine épiploïque, dues certainement au traumatisme qui a frappé l'épiploon.

En résumé, les constatations anatomo-pathologiques confirment pleinement l'hypothèse d'une épiploïte traumatique. On ne saurait imputer ces lésions à des manifestations inflammatoires d'origine quelconque, étant donné l'absence de toute lésion de voisinage, et de tout accident aigu ou chronique dans les antécédents du malade.

Les lésions constatées n'ont pas dépassé le stade d'irritation simple et leur dominante est l'œdème congestif avec formation d'adhérences.

Pathogénie.

En nous appuyant sur les trois observations rapportées, nous voudrions essayer de démontrer le rôle du traumatisme dans la genèse d'une épiploïte.

Les recherches expérimentales démontrent avec quelle facilité l'endothélium de l'épiploon se détruit et l'adhérence se crée.

Les théories émises pour expliquer l'origine des adhérences sont nombreuses. Pour la plupart des auteurs l'inflammation est considérée comme principale responsable

des adhérences, à côté de certaines malformations congénitales ou acquises.

En ce qui concerne l'épiploïte traumatique, deux facteurs, pour nous, entrent en jeu dans la production de l'épiploïte adhésive: l'un primordial, la contusion péritonéale; l'autre secondaire, le terrain du sujet.

La formation d'adhérences due à des foyers infectieux directs ou indirects, ne fait plus aucun doute pour personne. Il nous semble que, ce que peuvent les processus infectieux, le traumatisme le peut également.

Entre la plaie péritonéale, la perte de substance de la séreuse et son intégrité se placent toute une série d'intermédiaires que peut réaliser une contusion abdominale.

La présence de l'endothélium est nécessaire pour favoriser le glissement des surfaces séreuses au contact; qu'il manque sur l'une des deux, et le processus d'accolement s'accomplit.

L'épiploon, comme nous l'avons vu, n'est pas seulement un agent mobile se portant là où un point de péritoine faiblit, c'est aussi un organe sécrétant. Son intervention, dans la défense du péritoine est due, d'après P. et F. HEGGER, en grande partie à une sécrétion agglutinante, qui favorise l'adhérence immédiate de l'épiploon aux surfaces irritées. Nous admettons, par conséquent, que le traumatisme abdominal est capable de déterminer une irritation de la séreuse péritonéale, pouvant aller jusqu'à la plaie. Cette irritation peut, dans certains cas, à elle seule, être génératrice d'adhérences épiploïques.

Nous voyons donc que cette condition est nécessaire, mais elle peut ne pas être suffisante. En effet, tous les contus abdominaux ne font pas d'épiploïte adhésive. on réopère quelquefois d'anciens laparotomisés qui ne présentent nulle trace d'épiploïte. La résistance de l'organisme entre donc en

ligne de compte et, ici comme ailleurs, le facteur « terrain » est à considérer.

Nous voyons en résumé que l'épiploïte traumatique est conditionnée avant tout par la présence d'une lésion anatomique ou même histologique de l'endothélium péritonéal; sa persistance ou sa gravité étant fonction du terrain sur lequel elle a pris naissance.

Symptômes et diagnostic

L'origine traumatique de l'épiploïte ne donne naturellement pas à sa physionomie clinique une allure particulière. Nous insisterons seulement sur son moment d'apparition, son évolution et quelques signes propres à l'épiploïte adhérente.

Dans les cas où le traumatisme abdominal a été violent, le premier jour les signes sont noyés dans le tableau du choc qui suit le plus souvent ces accidents. Dès le deuxième jour on peut cependant, observer un point douloureux abdominal, témoin de la lésion du péritoine. Il peut arriver pourtant que le blessé ne se présente pas à l'examen ou que ce symptôme, par son peu d'intensité, passe inaperçu.

On peut donc se trouver en présence de deux cas différents, suivant que le malade a été vu et observé dès son accident, ou bien qu'il ne consulte le médecin qu'à l'occasion de phénomènes digestifs et douloureux persistants, alors qu'il a été victime d'une contusion abdominale dans les mois qui précèdent l'examen.

Dans le premier cas, il est indéniable qu'un sujet, victime d'une contusion de l'abdomen, ayant présenté, dès l'accident, ou à partir du deuxième jour, des phénomènes douloureux abdominaux localisés non pas à un point, mais à

une zone de la paroi abdominale, des troubles digestifs tels que: ballonnement, arrêt des matières, avec persistance du transit des gaz, est susceptible de commencer une épiploïte irritative.

Il faut pour cela, que les phénomènes observés soient assez peu intenses pour écarter tout désordre grave dans les organes abdominaux: perforation, déchirure, hémorragie. Ces troubles ne doivent pas s'accompagner d'élévation de température, ni d'accélération marquée du pouls.

Le siège des signes physiques est particulièrement intéressant à rechercher.

Dans la fosse iliaque droite, le réveil possible d'une affection appendiculaire latente à l'occasion du traumatisme doit être envisagé.

A l'épigastre et dans l'hypocondre droit, l'état antérieur de la vésicule ou la présence d'une lésion gastrique ancienne peuvent entrer en ligne de compte.

Dans toute la moitié gauche de l'abdomen, au contraire, le diagnostic d'épiploïte pure sera plus vraisemblable.

Dans tous les cas, ce diagnostic ne pourra être posé qu'après une mise en observation relativement longue et ce n'est que devant la persistance de la douleur, toujours dans la même région, la légère réaction musculaire qui l'accompagne, devant le ballonnement et la constipation rebelle à tout traitement, après un interrogatoire minutieux établissant la réalité et la gravité de la contusion, le passé exempt d'affection abdominale ancienne, que nous pensons pouvoir l'envisager avec une quasi-certitude.

Nous voyons que c'est donc en grande partie un diagnostic d'élimination posé après une longue période d'attente.

Au niveau de la fosse iliaque droite une nuance clinique permettra parfois de trancher le différend avec l'appendicite.

On sait notamment, que les adhérences se traduisent en général par une sensibilité un peu étendue et assez superficielle qui s'oppose au point fixe et profond de l'appendicite chronique.

Dans d'autres cas, nous pensons qu'il est possible que le blessé ne soit pas vu au moment de son accident. Il se présentera plus tard à l'examen, soit à l'occasion d'une complication, soit à cause de la persistance, de la réapparition ou de l'aggravation de troubles intestinaux vagues.

Dans certains cas on pourra dépister l'épiploïte adhésive par la recherche du signe suivant: quand on fait cambrer le malade il sent une sorte de tiraillement douloureux abdominal. Cette manifestation existe lorsque l'épiploon malade adhère à la paroi abdominale. Lorsque les adhérences sont plus marquées, le malade marche légèrement voûté, comme pour relâcher sa paroi abdominale et rapprocher les points d'insertion de son épiploon.

Ici, comme dans les autres épiploïtes, l'examen radiologique peut montrer les déformations coliques, les coudures ou les rétrécissements par adhérences épiploïques. Mais dans la plupart des cas, l'examen radiologique reste complètement négatif, n'apportant ainsi aucun argument en faveur de tel ou de tel autre diagnostic. De plus, s'il est permis de soupçonner des adhérences entre les divers segments intestinaux par examen radiologique, on ne doit jamais l'affirmer avec certitude.

Enfin, on peut se trouver en présence d'une occlusion aiguë par bride, comme c'était le cas dans l'observation de LAUBRY et ARNULF.

Nous voyons, par conséquent, et la pratique hospitalière le confirme dans les trois observations que nous rapportons, que le diagnostic clinique de l'épiploïte traumatique est difficile. Malgré une symptomatologie relativement peu dis-

parate, le diagnostic de l'épiploïte post-traumatique pure ne s'impose à l'esprit du praticien qu'en dernier lieu et encore faut-il y penser.

Pourtant c'est du diagnostic que dépend la conduite à tenir et la thérapeutique à instituer.

Certes, dans les observations que nous rapportons, la conduite à tenir était dictée par la persistance et l'opiniâtreté des symptômes abdominaux, qui justifiaient largement l'intervention chirurgicale, qui, d'ailleurs dans tous les cas a abouti à une guérison complète.

C'est l'observation de LAUBRY et ARNULF, qui nous offre l'exemple le plus net de l'importance d'un diagnostic clinique précis. L'occlusion intestinale aiguë qui avait comme origine une bride épiploïque consécutive au traumatisme, aurait pu, semble-t-il, être prévue et parée avant que cet événement fâcheux ne se soit produit.

C'est la possibilité, toujours existante, d'une telle complication, qui doit inciter les médecins à envisager une laparotomie exploratrice comme indiquée et même nécessaire.

De toute façon, le diagnostic de l'épiploïte traumatique commandant un traitement chirurgical radical, peut épargner aux malades sinon des grandes souffrances, du moins un état permanent de malaises et d'incommodités, qui fait de ces malades de véritables infirmes incapables de mener une vie active et normale.

Traitement

Le traitement doit être envisagé aussitôt après et quelque temps après l'accident.

Dans les heures qui suivent le traumatisme, le traitement se résumera dans celui de la contusion abdominale sans lé-

sion viscérale, c'est-à-dire traitement médical avec expectation armée.

Les phénomènes graves du début dissipés, le traitement médical sera continué pendant un laps de temps variable qui sera mis à profit pour observer soigneusement les réactions abdominales du blessé. On peut espérer, en effet, que sous l'action de la glace à demeure sur l'abdomen, des injections de morphine et de la diète, immobilisant l'intestin, les phénomènes plastiques regressent et que les phénomènes réactionnels épiploïques s'arrêtent.

Si après un mois les phénomènes douloureux persistent, bien localisés, exagérés par la pression et le renversement du corps en arrière, si le transit intestinal continue à être gêné, on sera autorisé à pratiquer une laparotomie exploratrice.

Au cours de cette laparotomie on traitera les lésions locales de l'épiploon.

Les adhérences seront libérées, les brides sectionnées.

Le grand épiploon sera étalé et examiné soigneusement, non seulement sa face antérieure, mais encore sa face postérieure, qui se trouve directement en rapport avec le côlon transverse.

Toutes les portions irritées seront reséquées et les ligatures se feront par petits pédicules isolés.

Plus tard, il faudra à tout prix éviter la constipation, dont l'effet serait nuisible pour un péritoine déjà sensibilisé.

CONCLUSIONS

I. — L'épiploïte traumatique pure constitue une affection relativement rare. En tout cas, dans la littérature médicale, nous n'en avons trouvé que deux publications.

II. — Le diagnostic clinique de cette variété d'épiploïte est très difficile. Dans l'immense majorité des cas, c'est seulement au cours de l'intervention chirurgicale, que l'on peut se rendre compte de la nature de la lésion.

III. — La présence des adhérences et surtout des brides au cours de l'épiploïte traumatique, doit faire penser à des complications graves toujours possibles, à savoir l'occlusion intestinale.

IV. — Par conséquent, après un traumatisme abdominal, sans lésions viscérales, la persistance d'un point douloureux localisé et constant avec troubles digestifs, même légers, justifie l'intervention chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES (A.). — Chirurgie du grand épiploon, Paris 1926, A. Maloine, 251 p. in-8°, 2^e édition.
- L'importance chirurgicale du grand épiploon. *Progrès Médical*, Paris, 1920, 3^e série, XXXV, pp. 125-129.
- Les épiploïtes (Travaux originaux). *Progrès Médical*, 22 novembre 1919, p. 465-468.
- Les épiploïtes: II Epiploïtes chroniques. *Progrès Médical*, 1920, 3^e série, XXXV, p. 79-83.
- La physiologie du grand épiploon. *Progrès Médical*, 4 oct. 1919, p. 393-396.
- BÉRARD (L.) et VIGNARD (P.). — Appendicite et traumatisme. *Lyon Chirurgical*, t. V, n° 6, juin 1911, p. 545-582.
- BRANCA et VERNE. — Précis d'Histologie.
- BROCQ (P.), DUCASTAING (R.) et REILLY. — La greffe épiploïque libre; Etude expérimentale; Essai d'indications. *Journal de Chirurgie*, Paris 1922, t. XX, p. 358-378.
- DUCAROS. — Occlusion intestinale par bride au contact d'un corps étranger osseux adhérent à l'épiploon. *Bull. Soc. Chirur.*, 1924, I, p. 75.
- DESCOMPS (P.). — Epiploon et péricolite. *Revue de Chirurgie*. Paris, t. III, 1916, p. 109-137.
- FLINT (E.-R.). — Occlusion intestinale aiguë. Une série de 282 cas. *The British Medical Journal*, London, 1921, n° 3151, p. 729-731. Analyse in *Journal de Chirurgie*, 1921, p. 547.
- GIRAUD (J.). — L'épiploïte traumatique. Thèse de Montpellier, 1927.
- GOODMANN. — Occlusion intestinale par plaie traumatique d'épiploon. *Medical Record*, New-York, 1906.
- HAKAMI (M.). — Contribution à l'étude de l'obstruction ou occlusion intestinale par épiploïte chronique. Thèse de Montpellier, 1936.
- HARDOUIN (de Rennes). — Deux observations d'épiploïte traumatique adhérente avec occlusion intestinale. *Bull. Soc. Chir.* 1914, p. 394-399.

- HEGER (F.). — Contribution à l'étude expérimentale des fonctions du grand épiploon. Institut Solvay, t. VI, fasc. 2, p. 79-107, avec 7 pl., 1904.
- JOLY (P.-L.). — Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval; laparotomie, résection d'un lambeau contus et déchiré du grand épiploon; guérison. *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, Paris, 1905, XLV, p. 536-541.
- LECLERQ (G.). — Epanchement séreux de l'arrière-cavité des épiploons développé à la suite d'un traumatisme. Opération; Guérison. Rapport de M. Lecène. *Bull. Soc. Chir.*, Paris, 1920, II, p. 837-841.
- LATTERI (S.). — Sulle epiploiti; Studio clinico anatomo-patologico e sperimentale. *Med. Prat.*, Napoli, 1924, IX, p. 95-102.
- LAUBRY (R.) et ARNUF (G.). — Epiploïte chronique post-traumatique compliquée d'occlusion du côlon transverse. *Soc. Nation. de Méd. et des Sciences Médicales*, séance du 1^{er} février 1933, in *Lyon Médical*, t. CLI, p. 595-597.
- LAUNOY (L.). — Le rôle de l'épiploon dans la défense de la cavité péritonéale. *Biologie Médicale*, 1908(p. 300-304.
- LARDENOIS (G.). — Les périviscérités adhésives de l'abdomen. *Journal Médical Français*, n° 2, 1926.
- LACROIX (A.). — Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires. Thèse de Montpellier. 1922-23.
- LEROY (M.). — Des épiploïtes. Thèse de Lille, 1904-1905.
- MORESTIN (H.). — Epiploïte consécutive aux opérations de hernie. *Gazette des Hôpit. de Paris*, 1900, p. 1451-1454, 1459-1461.
- OBERLIN. — Les kystes hématiques du grand épiploon. *Revue de Chir.*, Paris, 1921, p. 216-232.
- PERRENOT. — Occlusion intestinale par brides. *Lyon-Médical*, 1912, t. CXVIII, p. 720.
- PICQUE. — Appendicite traumatique. *Bull. Soc. Chir.*, Paris, séance du 6 juillet 1920, p. 792.
- PICOT (J.). — Contribution à l'étude des épiploïtes post-opératoires. Thèse de Bordeaux, 1923-24.
- POLLART (R.). — Etude expérimentale sur le grand épiploon. *Arch. Franco-belges de Chirurgie*, Bruxelles, 1924, XXVII, p. 632-656.
- ROUSLACROIX. — Etude histologique des épiploïtes et des adhérences de l'épiploon (1^{re} note). L'œdème congestif sous-séreux. *Réunion Biologique de Marseille*, séance du 22 fév. 1927.
- SILAS LINDQVIST. — L'épiploïte et son rôle dans l'apparition de l'iléus. *Acta Chirurgica Scandinavia*, 1921, vol. LIV, fasc. 1, p. 91-100. Analyse in *Journal Chirurgie*, 1922, t. XX, p. 533.
- SIENES. — Tumeurs épiploïques inflammatoires dans la grossesse. *Archiv. für Klinische Chirurgie*, Berlin, t. CXL, 6 mai 1926.

- SILHOL (J.). — Epiploïte traumatique. Société de Chir. de Marseille, séance du 29 novembre 1926, in *Annales de Chirurgie Franco-belges*, 1927.
- SZERSZYNSKI. — De l'épiploïte. *Przegląd Chir. i ginec.*, t. I, n° 7, 1^{er} oct. 1909, p. 267-287. Analyse in *Journal de Chirurgie*, Paris, 1910, IV, p. 64.
- TESTUT (L.). — Traité d'anatomie humaine, t. I, édit. Gaston Doin et Cie, 1928.
- WALTHER (C.). — Du diagnostic des adhérences par la radioscopie, XXV^e Congrès français de Chirurgie, Paris, 1912, p. 584-585.
- WALTHER, GUINARD et TUFFIER. — Adhérences anciennes de l'épiploon avec coudures du côlon ascendant; poussée récente d'épiploïte. *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1905, t. XXXI, p. 396-399.

SÉRMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

« Epiploïtes après traumatismes
fermés »

par M. Henry LLORY.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 25 mars 1942,

Le Professeur.

AIMES.

Vu :

Montpellier, le 25 mars 1942,

Le Doyen,

GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 26 mars 1942,

Le Recteur.

SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées
comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation
ni improbation.

